FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 juillet 1904, à 1 heure

Par **Gustave VIDALIN**

Etude sur la mortalité

ET SUR LES

Conditions d'hygiène des nourrissons

DANS LE DÉPARTEMENT DE LA CORRÈZE

Président : M. BUDIN, *professeur.*

Juges : MM. BONNAIRE, DEMELIN et POTOCKI, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
LIBRAIRIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Operations et appareils	N...
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Therapeutique	GILBERT
Hygiene	CHANTEMESSE.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encephale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	TERRIER. LE DENTU. TILLAUX. BERGER.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Professeurs honoraires : MM. JACCOUD, FOURNIER, FARABEUF *et* DUPLAY

Agrégés en exercice.

MM.

ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	ILLES DE LA TOURETTE	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	GOSSET	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOUGET	MAUCLAIRE	THOINET
BROCA (Aug.)	GUIART	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	HALTMANN	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	JEANSELME	REMY	WALTHER
CUNEO	LANGLOIS	RENON	WIDAL
DEMELIN	LAUNOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LEGRY	RIEFFEL (chef des trav. anat.)	
DUPRE			

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Paris.
Officier de la Légion d'honneur.

Arrivé au terme de nos études médicales, nous voulons adresser un témoignage reconnaissant à tous ceux qui ont bien voulu nous aider et guider notre instruction.

Dans les différents services, auxquels nous avons eu l'honneur d'être attaché, nous avons rencontré de la part de tous nos maîtres la même bienveillance et la même sollicitude.

Nous adressons ici l'expression de toute notre gratitude, à M. le Dr Routier, chirurgien de l'hôpital Necker, à M. le Dr Gouraud, médecin de l'hôpital de la Charité, à M. le Dr Marion, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, qui dès nos premières années médicales nous ont appris le respect et le souci de notre profession. Nous conserverons précieusement le souvenir de leur savant enseignement.

M. le Dr Comby, dans son service de l'hôpital des Enfants-Malades, nous a très aimablement accueilli et initié à la médecine et à la thérapeutique infantiles dont il est un des maîtres. Qu'il veuille bien recevoir ici nos remerciements.

M. le professeur Budin nous fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous

avons passé quelques mois à la clinique de la rue d'Assas, et nous avons pu y apprécier toute la clarté et toute la bonté de son enseignement. C'est pour nous un devoir de lui adresser nos sentiments de respect et de reconnaissance.

C'est dans son service alors qu'il nous montrait comment, par l'observation attentive et soutenue des causes de la mortalité infantile, on pouvait arriver à la réduire au minimum, que nous avons eu l'idée de rechercher quelles étaient les lois de cette mortalité dans notre département : la Corrèze.

C'est en nous rappelant les leçons de la clinique de la rue d'Assas, qu'entré dans la vie médicale nous essaierons, dans la mesure de nos forces et de notre science, d'inculquer à nos compatriotes les règles générales de l'hygiène des nourrissons, telles qu'elles ont été si merveilleusement mises en lumière par M. le professeur Budin dans sa pratique, dans ses leçons, et dans ses livres.

G. VIDALIN.

26 Juin 1904.

INTRODUCTION

Depuis vingt ans, les études sur la mortalité infantile ont pris en France une extension considérable. Les efforts combinés et incessants des médecins, des législateurs et des philanthropes, ont abouti à un résultat ; mais leur attachement à cette cause et leur profond souci de l'avenir du pays ne le trouvent pas encore satisfaisant : ils ont diminué et ils voudraient réduire plus encore la mortalité infantile. Dans ce but se sont fondées bien des associations, bien des ligues. Les unes ont pour but de lutter directement contre les maladies qui s'attaquent à l'enfance ; d'autres de remédier à la misère physiologique des parents, de modifier les conditions de vie des jeunes êtres ; d'autres enfin, d'un caractère plus scientifique, essaient d'étudier les causes de la mortalité infantile, en s'appuyant sur la statistique, sur l'observation minutieuse des faits, et en recherchant dans toutes les régions les documents susceptibles d'éclairer la question. Ce sont ces dernières qui donnent aux associations plus pratiques, qui

vivent à leur côté, les matériaux de propagande et la direction générale indispensable à toute œuvre qui veut réussir.

L'étude des faits a démontré d'irréfutable façon que la mortalité infantile était une chose essentiellement variable suivant l'âge de l'enfant, et, qu'on nous passe l'expression suivant le temps et suivant l'espace. La mortalité dépend du mode d'alimentation de l'enfant, de sa constitution acquise ou héréditaire, de ses diathèses ; elle varie avec le tempérament de la nourrice, le climat, la population, les mœurs, l'hygiène du pays, selon la conscience et le zèle des médecins appelés. Sans faire intervenir les grandes épidémies qui peuvent venir décimer les enfants, le taux de mortalité est différent selon les saisons.

Comment étudier tant de causes dans un pays à régions si variées que la France ! Les mêmes considérations ne peuvent évidemment s'étendre à la fois par exemple au Nord-Est où l'allaitement au sein est très rare et au Sud-Est où le biberon semble plus délaissé. Il est donc, et toutes les personnalités qui à l'heure actuelle s'occupent de la question l'ont bien vu, impossible de fixer des lois immuables et définitives de la mortalité, et les études qui la concernent n'ont de valeur qu'en tant qu'elles portent sur un point nettement délimité, alors, en effet, les facteurs de mortalité sont plus faciles à démêler.

Ce n'est pas seulement dans chaque grande ville, dans chaque département que s'impose l'étude de la mortalité infantile, mais aussi dans chaque canton,

dans chaque commune, dans chaque bourgade. L'observation précisée de groupes d'enfants et de leur condition de vie pourra très bien expliquer certains faits connus depuis longtemps et pourtant respectés. Voici par exemple deux communes voisines. Depuis vingt ans la mortalité est très élevée dans l'une, très faible dans l'autre. C'est su, c'est connu de tout le monde, il y a « la commune maudite ». Nul n'agit. Et pourtant pour amener la seconde au taux plus réduit de mortalité de la première que faudrait-il ? Peut-être une simple mesure d'hygiène élémentaire, mais encore faut-il s'en préoccuper, faut-il chercher la cause de la différence. Elle peut échapper à un observateur d'occasion, elle ne résiste pas à un effort approfondi et tenace.

Dans l'état actuel, il est difficile, sinon impossible, de pousser l'étude de la mortalité jusqu'aux communes et aux bourgades. Nos statistiques sont insuffisantes ; elles sont très souvent incomplètes et manquent presque toujours de précision ; il faut donc nous en tenir à essayer d'esquisser sur le département ou le canton une vue approximative.

Il serait très heureux d'ailleurs que pour une aussi grave question, dans toute commune le médecin le plus rapproché, soit chargé, lors de chaque décès, de faire une enquête, de demander au médecin traitant le diagnostic exact et ses particularités, les conditions d'hygiène, le mode d'alimentation auxquelles fut soumis l'enfant mort. Il tiendrait une comptabilité rigoureuse des naissances et des décès des enfants, et l'on

aurait alors des bases d'examen véritablement scientifiques.

Pour notre part nous allons montrer, très imparfaitement peut-être, ce qu'est à l'heure actuelle, la mortalité des enfants de 0 à 1 an, dans le département de la Corrèze.

Dans les premiers chapitres nous examinerons les chiffres que nous fournissent les statistiques à certaines périodes et durant les dernières années; nous verrons quelle est la mortalité, nous établirons le pourcentage suivant le nombre des décès et des naissances. Nous établirons ensuite les rapports qui peuvent exister dans les villes et les cantons entre le chiffre de la population et le chiffre des décès de 0 à 1 an.

Nous étudierons rapidement ensuite la mortalité dans les différents mois de l'année, et les causes mêmes de cette mortalité, les principales tares héréditaires qui se rencontrent dans notre pays, sa morbidité générale, nous parcourrons les différents milieux, dans lesquels vit l'enfant en Corrèze, et le rôle de l'hygiène et du mode d'alimentation employé dans ce département.

Dans les derniers chapitres seront exposées les considérations et les statistiques sur les enfants protégés par la loi Roussel et les enfants assistés. Nous conclurons en indiquant ce qui à notre sens peut et doit être fait pour atténuer, dans la plus large mesure possible, la mortalité des enfants de 0 à 1 an dans notre département.

CHAPITRE PREMIER

DE LA MORTALITÉ INFANTILE, DE 0 A UN AN, DANS LE DÉPARTEMENT DE LA CORRÈZE

On a constaté dans le département de la Corrèze :

En 1896. . . .	1.148	décès de 0 à un an.
1897. . . .	1.144	—
1898. . . .	1.210	—
1899. . . .	1.265	—
1900. . . .	1.059	—
1901. . . .	951	—
1902. . . .	957	—

Nous allons établir le rapport qui existe entre ces chiffres et le chiffre général des décès, quel que soit l'âge, durant ces différentes périodes.

Nous trouvons :

En 1896. . . .	5.820	décès de tout âge.
1897. . . .	5.339	—
1898. . . .	6.054	—

1899. . . . 6.263 décès de tout âge.
1900. . . . 5.893 —
1901. . . . 5.360 —
1902. . . . 5.338 —

Ce qui nous donne pour mille décès de tout âge :

En 1896. . . . 197 décès de 0 à un ans.
1897. . . . 214 —
1898. . . . 199 —
1899. . . . 169 —
1900. . . . 179 —
1901. . . . 177 —
1902. . . . 179 —

Nous pouvons voir ainsi que la moyenne, pendant la période 1896-1902, est de 187,7 décès de 0 à 1 an, pour 1000 décès de tout âge.

Dans cette statistique, la Corrèze présente une mortalité qui est à peu près la même que celle qu'on observe dans le Cantal, mais qui est de beaucoup supérieure à celle de la Dordogne, de la Creuse et de la Haute-Vienne.

Quelle est maintenant la mortalité urbaine ? MM. Gilletta de Saint-Joseph et Balêstre donnent, pour la Corrèze, la moyenne de 140,79 durant la période de 1892-1897. Ils signalent un écart de 84,08 entre Brive, où pour 1000 décès généraux, la mortalité de 0 à 1 an est de 118,49, et Ussel où l'on a 202,57 décès.

Dans la période 1898-1902 nous trouvons :

Pour Tulle, une moyenne de. . . 145,62
Pour Brive, une moyenne de. . . 135,92
Pour Ussel, une moyenne de. . . 180,52

Si nous établissons enfin la moyenne générale des trois villes, elle nous donne 147,35 décès de 0 à 1 an pour 1000 décès de tout âge.

On voit également que la mortalité est moindre dans les villes que dans l'ensemble du département ; cela concorde avec les statistiques qui envisagent la mortalité de 0 à 1 an non plus suivant le nombre des décès mais suivant celui des naissances.

CHAPITRE II

LA MORTALITÉ INFANTILE DE 0 A 1 AN DANS LES VILLES ET LES CANTONS DU DÉPARTEMENT DE LA CORRÈZE, EN FONCTION DU NOMBRE DE NAISSANCES.

Les chiffres que nous allons essayer d'établir et d'interpréter présentent une certaine précision, sans que toutefois ils soient eux-mêmes à l'abri de toute critique. Nous allons calculer la mortalité infantile en fonction du nombre des naissances. Nous prendrons 100 naissances comme terme de comparaison, et nous établirons l'échelle décroissante des villes et cantons suivant la mortalité qu'ils présentent. Les registres de nos communes enregistrent en effet avec beaucoup de soin le nombre des naissances et le nombre des décès, mais il ne faut pas oublier que quelques enfants nés dans la Corrèze, enregistrés dans la Corrèze, peuvent aller mourir ailleurs ; et d'autre part que d'autres enfants nés ailleurs peuvent venir mourir dans la Corrèze. Pour que la statistique ait une valeur absolue il ne faudrait évidemment comparer que les chiffres d'enfants nés et

morts au même endroit mais, on le conçoit, l'enquête est impossible à effectuer.

L'on pourrait souhaiter tout au plus qu'il soit tenu un compte dans les communes, des enfants morts hors de leur pays natal. Il faudrait que les bureaux d'état civil de la commune du décès prévi nnent exactement les bureaux de l'état civil de la commune de la naissance. D'ailleurs pour notre département qui reçoit peu de nourrissons étrangers, une partie de la cause d'erreur est supprimée, et le pourcentage du nombre des décès de 0 à 1 an par rapport au chiffre des naissances peut être considéré comme suffisamment exact.

La statistique de M. Bertillon, qui porte sur une série de périodes s'étendant de 1848 à 1898 nous fournit pour la France entière, des chiffres que nous croyons bon de mettre en regard de ceux que nous trouvons pour notre département.

De 1840 à 1849, p. 100 naiss. il y eut en France			16 décès.
De 1857 à 1866	—	—	17,8 —
De 1879 à 1893	—	—	16,7 —
De 1894 à 1898	—	—	16,1 —

Dans les périodes correspondantes il y eut dans la Corrèze :

De 1840 à 1849 pour	100	naissances	15,8 décès.
De 1857 à 1866 —		—	17,1 —
De 1879 à 1883 —		—	15,5 —
De 1894 à 1898 —		—	15,8 —

D'une façon générale, durant ces périodes, la mortalité infantile ainsi considérée dans notre département fut donc inférieure au chiffre moyen de la mortalité française.

Aux mêmes époques d'ailleurs, les départements qui avoisinent le nôtre : la Dordogne, la Haute-Vienne, le Puy-de-Dôme offrent une mortalité également inférieure à la mortalité générale de la France, mais légèrement inférieure aussi à la mortalité du département de la Corrèze.

En 1899 au contraire, alors que le chiffre général de la mortalité est en France de 16,37, le chiffre de notre département s'élève à 17,7.

En 1900, il s'abaisse à 15,5 la moyenne française étant de 15,88.

Ce sont des dix dernières années les chiffres les plus élevés que nous ayons constatés dans notre département. C'est à une recrudescence de la gastro-entérite, dans l'arrondissement d'Ussel, qu'il faut probablement l'attribuer.

Mais en 1901, le taux de la mortalité de 0 à un an pour 100 naissances, descend à 13 ; la moyenne française étant de 14,14.

En 1902, il reste le même, la moyenne française descendant elle-même à 13,42.

Nous pouvons donc affirmer que la mortalité infantile est dans le département de la Corrèze en décroissance, et qu'elle est un peu inférieure à la mortalité française.

Pénétrons maintenant dans le détail des villes et des

cantons, et nous y verrons une confirmation de ce que nous venons d'écrire. Tout d'abord, ici encore, la mortalité est moindre dans les villes que dans les campagnes.

Dans la ville de Brive de 1898 à 1902 la mortalité est descendue de 11,3 à 10,3.

Dans la ville de Tulle dans le même laps de temps elle est descendue de 9,5 à 8,7.

Enfin à Ussel elle présente également une remarquable décroissance : de 22 décès en 1898 pour 100 naissances, nous tombons à 11,7 en 1899 et 11,5 en 1902.

Voici, à titre documentaire, le taux de la mortalité pour 100 naissances en 1899, 1900 et 1902 dans la Corrèze et dans les cantons.

Corrèze en général.

Années	1899	1900	1901	1902
Naissances.....	7.115	6.830	7.302	7.621
Décès dès 0 à un an...	1.265	1.059	951	957
Pourcentage.....	17,7	15,5	13	13

POUR 100 NAISSANCES COMBIEN DE DÉCÈS
DE 0 A 1 AN

Arrondissement de Tulle.

	1899	1900	1902
Tulle *ville*	9,5	9,9	8,7
Argentat	25,9	16,6	14,7
Corrèze	26,3	16	9,16
Egletons	18,9	12,4	11,8
Lapleau	16,8	14,1	12,7
Laroche	24,4	13,9	12,5
Mercœur	17,8	20,7	17,8
St-Privat	24,1	15,3	7,2
Seilhac	14,2	16,7	13,3
Treignac	13,16	14,1	14,4
Tulle *Nord*	21,9	10,7	12,1
Tulle *Sud*	15	16	8,7
Uzerche	20,2	14,7	18,7
Moyenne de l'arrondissement	22,3	13,8	12

Arrondissement de Brive.

	1899	1900	1902
Brive *ville*	11,3	11,3	10,3
Ayen	16,9	20,8	13
Beaulieu	26,2	21,5	15,3
Beynat	21,4	19,3	10,6
Brive	17,1	14,16	11
Donzenac	21,7	17,5	16,6
Juillac	14	14,4	19,3
Larche	23	16,4	17,4
Lubersac	13,6	12,9	13,3
Meyssac	18,8	14,4	16,3
Vigeois	20	16,1	12,4
Moyenne de l'arrondissement	18,5	16,2	14,1

Arrondissement d'Ussel.

	1899	1900	1902
Ussel *ville*	11,7	11,1	11,5
Bort	24,1	17,5	8
Bugeat	12,3	16,5	8,3
Eygurande	7,3	10	10,3
Meymac	15,9	13,3	14,7
Neuvic	17,5	11,9	8,2
Sornac	14,8	11,9	12,1
Ussel	11,7	11,1	13,7
Moyenne de l'arrondissement	14,2	12,7	10,8

On voit par ce tableau que sur l'ensemble des trois années 1899-1900 et 1902, la mortalité s'abaisse dans les trois arrondissements, qu'elle s'abaisse dans 24 cantons sur 29, qu'elle se maintient dans 1 (Mercœur) et qu'enfin elle augmente dans 4.

CHAPITRE III

LA MORTALITÉ INFANTILE DE 0 à 1 AN PAR RAPPORT A LA POPULATION ET A LA DENSITÉ DE POPULATION

Les chiffres que nous allons maintenant exposer offrent beaucoup moins de précision car la population est essentiellement variable d'une année à l'autre et l'on ne peut tenir compte des variations produites puisque c'est seulement tous les 4 ans que l'on fait le recensement.

Toutefois quelques indications peuvent ressortir des comparaisons.

En 1899 la population de la Corrèze était de 322.293 habitants. Il s'est produit chez les enfants de 0 à 1 an, 1265 décès, ce qui nous donne une moyenne de 3,86 *pour* 1000 *habitants.*

En 1900 cette moyenne s'abaisse à 3,8 et en 1901 et 1902 à 2,98.

Tulle et Brive, villes, sont au-dessous de ce chiffre avec 1,72 et 2,04 décès pour 1000 habitants.

Ussel, ville, arrive au chiffre de 3,30.

La mortalité devrait moins varier, croyons-nous, suivant le chiffre absolue de population qu'en raison de la densité de la population.

Les cantons les plus peuplés, qui ont la moindre superficie, le plus petit nombre d'agglomérations, sont évidemment ceux qui devraient nous offrir la plus grande mortalité. Pour les villes c'est différent, les règles d'hygiène étant tout à fait autres que celles qu'on suit à la campagne.

Le tableau ci-dessous indiquera les chiffres qu'un long calcul nous a permis de trouver pour l'année 1902.

Nous nous sommes servi des chiffres fournis par le recensement de 1901.

Par villes.

Villes	Population	Mortalité de 0 à un an pour 1000 h.
Brive	18.111	2,04
Tulle	17.374	1,72
Ussel	4.843	3,30

Par cantons.

Cantons	Nombre de communes	Population	Mortalité de 0 à 1 an pour 1000 h.	Densité par kil. carré
Brive	12	28.311	0,81	139
Tulle-Nord	7	20.174	1,53	137
Tulle-Sud	14	17.495	2,05	86
Lubersac	12	14.252	3,71	58
Treignac	11	14.191	4,16	44
Donzenac	6	13.256	3,87	92
Uzerche	9	13.885	5,18	55
Seilhac	9	13.336	4,19	61
Neuvic	10	11.152	1,88	42
Argentat	11	10.853	2,76	57
Meymac	10	10.803	1,85	38
Ussel	12	10.607	1,78	48
Juillac	10	10.526	5,41	72
Meyssac	14	10.149	3,35	65
Ayen	11	9.895	2,94	65
Bort	10	9.770	1,22	60
Beaulieu	13	9.074	2,97	68
Bugeat	11	8.914	2,25	25
St-Privat	10	8.898	1,91	35
Laroche	11	8.615	2,55	47
Vigeois	6	8.166	3,94	60
Corrèze	9	8.223	2,52	37
Sornac	8	7.802	1,79	30
Mercœur	11	6.747	3,31	31
Egletons	8	7.230	3,04	38
Lapleau	8	6.948	2,44	37
Larche	8	6.872	3,20	55
Beynat	7	6.118	2,28	50
Eygurande	10	6.057	1,89	31

Par arrondissements.

Arrondissements	Nombre de communes	Population	Mortalité de 0 à 1 an pour 1000 h.	Densité par kil. carré
Brive	99	116.816	3,36	76
Tulle	118	136.695	2,92	53
Ussel	71	65.105	1,88	37

Le dernier tableau, celui qui donne la population, la mortalité et la densité par arrondissement, nous montre mieux que ne le ferait le détail des autres cantons, que la mortalité est d'autant plus faible que la densité est elle-même plus petite. Et l'ordre classement de Brive, Tulle et Ussel, par rapport à cette densité est le même que nous avons trouvé lorsque nous avons étudié la mortalité suivant le nombre des naissances.

Dans l'explication des différences considérables qui existent entre les cantons il faudrait également faire rentrer un élément qui joue un rôle considérable : La richesse. Mais cette évaluation est difficile. Le rendement des impôts d'un canton ne peut évidemment pas servir ; les chiffres d'imposition propre des communes pourraient rendre plus de services, mais encore là c'est une chose bien relative. Que de communes pauvres qui ont de fortes impositions personnelles. Après les cantons les plus riches du département : Brive, Tulle, Ussel, Bort, ce sont les moins peuplés qui ont la mortalité moindre. Des cantons riches comme Donzmac,

Juillac retombent dans les derniers rangs, à cause probablement de leur population très dense. C'est ainsi que dans cet ordre de calcul, tout comme d'ailleurs nous l'avions vu dans le pourcentage en raison du nombre des naissances, c'est l'arrondissement d'Ussel le moins peuplé, le moins dense, qui arrive en tête dans l'ordre de décroissance de la mortalité.

Toutefois, ici nous devons signaler une cause d'erreur. Dans cet arrondissement et dans quelques cantons de Tulle, il y a pas mal d'émigrants. Les enfants nés au pays suivent souvent leurs parents et dès lors cessent d'entrer en ligne de compte dans la statistique.

CHAPITRE IV

INFLUENCE DES SAISONS SUR LA MORTALITÉ INFANTILE. LA MORTALITÉ DE 0 A 4 ANS. AGE. SEXE. LÉGITIMITÉ.

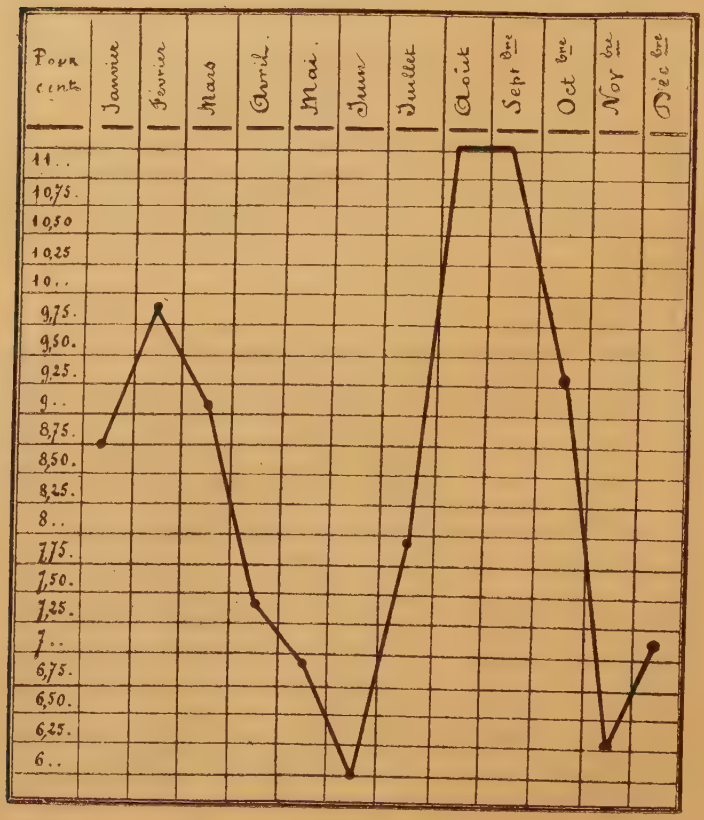
Depuis longtemps on a été frappé de ce fait que la mortalité infantile ne se répartissait pas uniformément sur les différents mois de l'année, mais qu'il existait au contraire des périodes qui présentaient entre elles de remarquables différences. L'on conçoit tout ce que ces constatations offrent d'intérêt au point de vue pratique, et combien utiles elles sont lorsqu'il s'agit de régler et de guider l'hygiène de la première enfance.

En France, les mois les plus chargés sont les mois de juillet, août, septembre et octobre. La mortalité redescend en novembre, remonte légèrement en décembre, en janvier, redevient faible en mai et uin.

Dans la Corrèze on rencontre à peu près les mêmes résultats comme pourra le faire saisir la courbe ci-jointe, qui représente la moyenne par mois de tous

les décès de 0 à un an survenus durant les 5 années qui s'étendent de 1897 à 1902.

Nous avons eu durant cette période, de 0 *à* 1 *an*, 5974 *décès* : en août et septembre lesdeux mois les plus chargés offrent 11 décès 0/0 survenus dans l'année.



Nous allons maintenant comparer la mortalité des enfants de 0 à 1 an et la mortalité des enfants de 0 à 4 ans.

Suivant la méthode que nous avons déjà adoptée,

nous rapporterons les chiffres de notre département à ceux de la France en général.

Pendant les quatre années qui vont de 1899 à 1902, nous avons pour la France entière une mortalité moyenne de : 72 décès de 0 à 1 an pour 100 décès de 0 à 4 ans.

Et pour la Corrèze nous trouvons une proportion de : 77, moyenne par conséquent supérieure à celle de la France.

Pour l'année 1902, le détail des chiffres des enfants morts de 0 à 1 an, suivant l'âge, le sexe et la légitimité se trouve consigné dans le tableau ci-joint :

Mortalité de 0 à 1 an suivant l'âge, le sexe et la légitimité.

	LÉGITIMES		ILLÉGITIMES		Total
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	
0 à 4 jours.....	102	84	3	4	193
5 à 9 jours.....	42	27	0	4	73
10 à 14 jours.....	28	27	2	3	60
15 à 29 jours.....	55	34	4	1	94
1 mois.....	57	45	4	5	111
2 mois.....	46	38	2	1	87
3, 4, 5 mois.....	57	81	5	4	147
6, 7, 8 mois.....	45	59	6	4	114
9 mois à 364 jours.	31	44	3	0	78
Total.....	463	439	29	26	957

On voit donc que 20 0/0 des enfants sont morts de 0 à 4 jours, et que dans le premier mois la mortalité des garçons est supérieure à la mortalité des filles.

Nous avons trouvé que dans l'année 1902 pour 100 naissances il y avait 13 décès. Au point de vue de l'état social de l'enfant. 100 naissances légitimes, défalcation faite des morts-nés qui sont au nombre de 253, offrent une mortalité de 12,7.

La moyenne de décès illégitimes se trouve au contraire élevée à 18,6.

Nous voyons également que la mortalité est de 13,2 0 0 naissances chez les garçons et de 12 chez les filles.

CHAPITRE V

La mortalité des enfants assistés.

La Corrèze est un des départements de France qui ont le moins d'enfants assistés y compris les moralement abandonnés. On en comptait 375 en 1900 et 394 en 1901 sur 155.912 en 1900 et 159 387 en France.

En 1900, sur ces 375 enfants assistés, 18 seulement avaient au-dessous d'un an et sur ce nombre il en est mort 6, soit une proportion de 33 décès pour 100.

Sur 394, en 1901, nous avons 14 enfants de moins de 1 an et sur ce nombre 3 décès, soit 28,5 0/0.

La même proportion se retrouve en 1902.

Ces chiffres sont, on le voit bien, au-dessus de la moyenne générale de la mortalité pour la Corrèze. Mais quelle valeur faut-il accorder à ces nombres si restreints?

Pour la France entière la mortalité des enfants assistés pour 100 est également inférieure.

Elle est de 27 en 1900, et de 21,3 en 1901.

Comment durant ces années se répartissent les décès?

En 1900, sur 6 morts, nous avons 3 gastro-entérite, pneumonie, débilité congénitale; en 1901 sur 3 morts,

3 débilité congénitale, en 1902 sur 6 morts, 4 de débilité congénitale.

La grande cause de mort c'est donc la débilité congénitale. En France, en général, après la gastro-entérite, c'est également la débilité congénitale qui occupe le premier rang.

Dans notre département, les inspections se font parfaitement bien et régulièrement. Les rapports des médecins sont précis ; tous accusent la gastro-entérite et la débilité congénitale comme facteurs principaux de morbidité et de mortalité.

CHAPITRE VI

DE LA MORTALITÉ DES ENFANTS PROTÉGÉS.

Le service de la protection de l'enfance s'est sensiblement amendé dans le département de la Corrèze ; la première année d'application de la loi Roussel en effet la mortalité parut effrayante, et cela tenait à ce que les déclarations ne se faisaient pas et que l'on affirmait qu'il s'agissait d'un enfant protégé qu'au moment même de son décès. Les certificats que doivent délivrer le maire ou le médecin à la nourrice qui prend un nourrisson étaient de pures fictions : le service médical lui-même très souvent ignorait complètement la loi. Cet état de choses a duré longtemps et à l'heure actuelle, sur bien des points, il reste encore quelques vestiges de ce régime. La mortalité des enfants protégés a donc pu paraître très considérable parce que les déclarations ne se faisaient pas.

Les rapports du préfet de la Corrèze au Conseil général contiennent les résumés de l'inspection des médecins de la protection de l'enfance. Tous depuis deux ou trois ans constatent une sensible amélioration.

Les déclarations se font un peu plus régulièrement, les registres qui autrefois n'avaient pas de carnets du fait de la négligence des secrétaires de mairies, ont été établis ; les nourrices commencent à accepter leur livret. Une des causes de cette transformation, c'est non seulement la diffusion des idées et de l'idée de la loi elle-même, mais aussi ce fait que la nourrice recevant la visite des médecins inspecteurs, croit qu'elle rentre, elle et son nourrisson, dans le cadre de l'assistance médicale gratuite, que les soins pour sa famille et son nourrisson lui sont dus, et dès lors elle se garde bien d'oublier de faire la déclaration de l'enfant.

C'est ainsi que de 1898 à 1902 le nombre des enfants protégés placés anuellement dans le service s'est élevé de 434 à 725 et l'ensemble des enfants protégés de 890 à 1501.

Prenons la dernière statistique :

D'où sont originaires ces 1501 enfants : surtout du département même de la Corèze (935 en 1902) puis de la Seine (426 en 1902). Le surplus vient de la Haute-Vienne, du Rhône, de la Seine-et-Oise et de la Dordogne. En général les enfants qui sont originaires de la Seine et de départements lointains sont des enfants qui sont déjà âgés de quelques mois ; c'est à la suite de leur débilité ou de maladie qu'on les envoie en Corrèze. Ils viennent d'autant plus, par conséquent, augmenter notre morbidité infantile.

Les enfants sont élevés en général au biberon, mais la moyenne de l'allaitement au sein est beaucoup

plus considérable pour les enfants protégés que la moyenne que nous avons vue pour les enfants en général.

Pour 100 naissances, avons-nous constaté, nous avions environ 26,5 allaitement au sein. Ici pour 100 enfants protégés, nous en trouvons 33 en 1897 42, 16 en 1899 et 40 en 1902, il est vrai que l'allaitement mixte n'existe pour ainsi dire pas... sur le papier. Nous croyons que les nourrices sachant que l'on attend d'elles sur tout un allaitement au sein, se font très souvent inscrire comme devant employer ce mode d'alimentation, alors qu'en réalité elles se servent aussi du biberon et surtout de l'allaitement mixte, il est souvent bien dificile au médecin inspecteur de contrôler.

La Corrèze, au point de vue de l'allaitement au sein il s'agit des enfants protégés) occupe le cinquante-troisième rang dans la liste des départements.

Elle vient après la Dordogne qui donne 94 0/0 d'allaitement au sein, après le Lot 70 0/0. La Haute-Vienne 60 0/0, mais elle vient avant la Creuse 28 0/0. Ces chiffres sont les chiffres de la dernière statistique du Ministère de l'Intérieur.

La proportion des enfants naturels est également plus considérable que lorsqu'il s'agit des enfants de 0 à 1 an en général. En 1902, sur 1261 enfants nous comptions 240 enfants naturels, soit environ 1 enfant naturel pour 5. Sur 100 enfants légitimes, 48 sont élevés au sein. Sur 100 enfants naturels, 33 0/0 seulement sont élevés au sein.

Durant l'année 1899, la seule sur laquelle nous avons pu faire porter noes rcherches, 434 enfants sont entrés

dans le service ; ils avaient vécu avant l'admission 46.201 journées, 19 seulement sont entrés du 365e au 730e jour. Ces 19 enfants avaient vécu avant l'admission 9.090 journées, sur les 415 restants étaient entrés :

31 du 0 au 4e j.	ayant vécu	44 journ.	avant l'admission
21 du 5e au 9e j.	—	143	—
29 du 10e au 14e j.	—	339	—
41 du 15e au 29e j.	—	901	—
133 du 30e au 90e j.	—	7.575	—
96 du 91e au 180e j.	—	12.406	—
64 du 180e au 364e j.	—	15.703	—

Soit 37.111 journées vécues par ces 415 enfants avant l'admission.

C'est donc vers le premier et le second mois que l'on place de préférence les enfants dans le service de la protection.

La majorité des enfants ne sortent du service, qu'à la limite d'âge.

Ainsi en 1902 sur 1501 enfants:

271 ont été retirés par leur famille.

321 ont atteint 2 ans

64 sont décédés.

C'est en général au début de la deuxième année ou à la fin de la première que sont retirés les enfants.

Il est très difficile de comparer la mortalité infantile en général à la mortalité des enfants protégés. Comment en effet effectuer les calculs? Établir le nombre de décès pour 100 enfants protégés, c'est évidemment fausser l'appréciation que l'on veut donner sur le ser-

vice puisque nous venons de voir qu'un nombre important d'enfants n'entraient dans ce service qu'au cours de la première et aussi de la deuxième année après avoir vécu un nombre considérable de journées? Et pour avoir une valeur scientifique la statistique devrait être faite sur les seuls enfants entrés dès la naissance et observés toute l'année; les éléments de cette statistique n'existent pas. Si nous prenons le nombre de journées vécues et si nous établissons la proportion de morts pour 1.000, quel terme de comparaisons aurons-nous dans la mortalité des enfants en général? Nous allons nous contenter pour notre part de donner les chiffres absolus de la mortalité des enfants protégés à différentes périodes

En 1899 sur 1042 enfants protégés il y a eu 80 décès.
En 1900 sur 1297 . . . . . 76 décès.
En 1901 — 1436 . . . . . 100 —
En 1902 — 1501 . . . . . 64 —

Ce qui donne si l'on établit le pourcentage :

En 1899 . . . . . 7,3 0/0
1900 . . . . . 5,09 0/0
1901 . . . . . 6,9 0/0
1902 . . . . . 4,4 0/0

Essayons d'établir le rapport de cette mortalité à la mortalité générale de la France : En 1899-1900-1901-1902, nous avons eu une moyenne annuelle de 120.321 journées de présence dans le service (déduction faite des journées de décès et des retraits). Il s'est produit d'autre part une moyenne de 85 décès par an.

Soit 0,70 décès pour 1000 journées.

Or la statistique du Ministère de l'Intérieur nous donne précisément pour les années 1898 et 1899 le chiffre de 0,71 pour 1000 journées passées dans le service.

La mortalité des enfants protégés n'est donc pas supérieure, dans la relativité des chiffres ci dessus, à la mortalité des enfants en France ; si les déclarations s'effectuaient régulièrement elle serait évidemment inférieure.

Plus précisément pour l'année 1902, sur 64 décès on a constaté :

5	morts par	athrepsie.	
4	—	entérite.	Soit 25 morts par maladies intestinales.
8	—	gastro-entérite.	
8	—	choléra infantile.	
12	—	maladies de l'app. respiratoire.	
10	—	maladies du système nerveux.	
4	—	épidémie.	
6	—	débilité congénitale.	
8	—	inconnues.	

La proportion de mort par maladies intestinales est donc de 32,6 0/0 seulement (Corrèze en général: 42 0/0).

Dans l'ensemble des 5 dernières années cette proportion était de 44,4 0/0, en France elle est de 56,8.

C'est surtout après le premier mois que l'on observe les convulsions.

La proportion des méningites et convulsions est beaucoup plus forte que dans la mortalité infantile en général, elle s'élève à 15,6 0/0, pour les 4 dernières années. (France 12,6 0/0).

La pneumonie et la bronchite se voient durant les 4 à 5 premiers jours. 12,5 0/0 décès.

La débilité congénitale décroît avec l'âge, elle donne, 9,5 0/0 (France 6,7).

Bien entendu c'est le biberon qui est le mode d'alimentation, qui donne le plus de morts Les années 1898, 1899, 1900, 1901, offrent pour 100 décès une proportion de 56 0 0 allaitements au biberon, et 44 allaitements au sein.

Nous mettons sous les yeux le tableau suivant qui fait pour l'année 1902 le départ entre les décès d'alimentation au sein et d'alimentation au biberon et aussi le départ entre les décès des différents âges.

Mortalité des enfants originaires de la Corrèze et des autres départements d'après le mode d'élevage.

ORIGINE des ENFANTS	DÉCÈS DES ENFANTS — SEIN							DÉCÈS DES ENFANTS — BIBERON							TOTAL général	Proportion pour 0/0
	de la naissance à 15 jours	de 15 à 30 jours	2e et 3e mois	de 3 à 6 mois	de 6 mois à 1 an	de 1 à 2 ans	TOTAL	de la naissance à 15 jours	de 16 à 30 jours	2e et 3e mois	de 3 à 6 mois	de 6 mois à 1 an	de 1 à 2 ans	TOTAL		
Corrèze.....	»	2	4	6	3	»	15	»	1	9	5	3	2	20	35	3,7
Autres départements..	»	»	2	2	1	1	6	»	»	7	6	8	2	23	29	5,1
Total général.....		2	6	8	4	1	21		1	16	11	11	4	43	64	

Soit pour 1902, 32,8 0/0 de décès par allaitement au sein, et 67,1 0/0 décès au biberon. France 71 décès 0/0 au biberon.

Le tableau suivant nous montre comment se répartit en 1902 la mortalité durant le 1er mois de la vie.

Mortalité dans le 1er mois de placement.

DURÉE du placement	Nombre de jours vécus	LÉGITIMES		NATURELS	
		sein	biberon	sein	biberon
3 jours.....	196	»	1	»	»
5 —	126	»	1	»	»
8 —	104	»	1	»	»
11 —	59	»	1	»	»
11 —	35	1	»	»	»
13 —	63	»	1	»	»
16 —	31	»	1	»	»
16 —	25	1	»	»	»
17 —	40	»	1	»	»
19 —	23	1	»	»	»
20 —	221	»	»	»	1
22 —	64	»	1	»	»
26 —	41	»	»	»	1
27 —	88	»	»	»	1
28 —	144	»	1	»	»

De tous ces chiffres nous conclurons que malgré les difficultés d'appréciation et de comparaison des mortalités entre les enfants protégés et les enfants en général, du fait du manque de concordance des statistiques, la loi Roussel est manifestement efficace dans notre département. La mortalité des enfants protégés est un peu plus élevée sans doute que celle des enfants en géné-

ral ; mais elle tend à s'assimiler et à se confondre avec elle, et en tous cas la loi Roussel agit d'efficace façon sur la morbidité. Ne voyons-nous pas par exemple la gastro-entérite être plus faible chez les premiers que chez les derniers. Ce que nous exprimons là d'ailleurs c'est l'avis unanime de tous les médecins inspecteurs de notre département qui, s'ils se plaignent de quelques détails et croient à l'amélioration possible, affirment l'excellence de la loi Roussel.

CHAPITRE VII

HYGIÈNE GÉNÉRALE DES NOURRISSONS DANS LA CORRÈZE

De prime abord il ne semble pas que les nourrissons aient à subir de grandes pertes du fait de tares héréditaires ou de la morbidité générale du département. Mais il est facile de concevoir que telles ou telles maladies qui eussent été bénignes chez des nourrissons issu de parents sains, peuvent sur un terrain prédisposé devenir très graves et même funestes. Les conditions d'hérédité, sans aucun doute, alors même qu'il est difficile ou impossible de définir la part qu'il leur revient, donnent à l'enfant une constitution plus ou moins résistante, plus ou moins apte à accepter la maladie ou à réagir contre elle. Nous allons donc en quelques lignes indiquer quelles sont les principales affections que l'on rencontre le plus fréquemment dans notre région.

Et tout d'abord c'est la tuberculose qu'il nous faut incriminer comme cause de mortalité et de morbidité : tuberculose ordinairement très lente d'évolution, se manifestant assez tard, aussi fréquente à la campagne

qu'à la ville, presque toujours familiale, présentant assez rarement des poussées aiguës, tuberculose qu'on essaye de guérir non pas lorsqu'elle est au début mais lorsque de par les accidents il faut aller chercher le médecin.

Une personne tousse, crache, maigrit, sue : cela n'est rien pour la famille campagnarde. On attend longtemps avant d'aller au praticien. S'il survient des hémoptysies, une pleurésie, on a bien recours à lui, mais dès que ces accidents sont passés, la quiétude renaît et la tuberculose, non ou mal traitée, continue son évolution. Le tuberculeux, même quand il est prévenu, ne prend guère les précautions d'hygiène qui lui sont prescrites, et c'est dans ce milieu que son enfant ou son nourrisson va vivre.

La fièvre typhoïde emportait autrefois un assez grand nombre de personnes, surtout dans les agglomérations, quoiqu'elle ne soit pas rare à la campagne. De récents travaux hygiéniques, particulièrement dans la ville de Brive, où elle a totalement disparu depuis 1898 époque où l'on a amené l'eau de source, ont fait très sensiblement tomber la morbidité. Du reste cette affection semble avoir peu d'influence sur la mortalité infantile.

Les affections pulmonaires de même sont assez fréquentes. Les précautions d'hygiène à la suite d'une pneumonie ou d'une bronchite ne sont pas davantage observées que pour la tuberculose, et l'on voit souvent des pneumonies frapper, à intervalles peu espacés, différents membres d'une même famille. C'est encore

là une mauvaise condition de vie pour le nourrisson qui est si sujet à la broncho-pneumonie et aux affections pulmonaires.

Chez nous il y a peu d'alcooliques ; les villes elles-mêmes n'en renferment que très peu. La Corrèze dans la liste de la consommation d'alcool par département occupe en effet un des derniers rangs. Il se consomme moins de dix litres d'alcool par tête d'habitants. La moyenne est de 8,80, tandis que la moyenne générale de la France est de 19,70 Bien des sujets ont pourtant été alcooliques ; leurs habitudes datent souvent du régiment mais rentrés à la campagne, chez eux, l'intempérance habituelle disparaît. D'ailleurs si l'on rencontre peu d'alcooliques chroniques invétérés, certains ne s'en livrent pas moins à des excès passagers plus ou moins périodiques. Et l'on sait que la conception dans les conditions de l'ébriété contribue à débiliter le nourrisson qui naîtra.

Parmi les maladies les plus fréquentes nous signalerons les affections du cœur, presque toujours méconnues jusqu'à ce que surviennent les accidents graves.

Nous noterons également en y insistant, car elles n'ont été signalées par personne, les maladies nerveuses et principalement les névroses. Parmi ces névroses, en tête vient la neurasthénie, puis l'hystérie. Il existe en effet une forme de neurasthénie, non décrite croyons-nous, exclusive aux gens de la campagne, presque toujours consécutive ou corrélative d'un mauvais état digestif, d'une alimentation trop lourde et mal réglée ! Elle revêt très souvent une forme génitale amenant

également des troubles mentaux graves, pouvant aller jusqu'au suicide. La Corrèze est un des départements de France où l'on se pend le plus ; presque toujours si l'on enquête sur le suicide on diagnostique une de ces neurasthénies. Mais il existe un assez grand nombre d'êtres restés enfantins, des agénésiques : L'asymétrie faciale, les déformations des oreilles, la voûte palatine ogivale se rencontrent souvent. Ces dégénérés délirent rarement. Les psychoses essentielles sont rares.

Enfin il est un facteur de morbidité qui tend à augmenter : c'est la syphilis. Cela tient, tout d'abord, au service militaire durant lequel se contaminent quelques individus qui plus tard libérés, apportent leur mal à la campagne. Chose remarquable : ceux-là, frappés probablement par les exagérations qui ont continué de circuler sur cette maladie, ont une tendance manifeste à se soigner. Quelquefois, souvent même, ils se soignent mal, mais ils se soignent. De là peut-être vient, qu'à part les villes de Brive, Tulle, Ussel, on rencontre assez peu d'hérédo syphilis à la campagne. On en rencontre toutefois, surtout dans les campagnes qui avoisinent les villes.

Une autre cause de l'augmentation de la syphilis, augmentation non douteuse et constatée par presque tous les médecins, c'est encore l'émigration. Celle-ci se développe considérablement dans le nord du département, là même où nous avons vu d'ailleurs la mortalité être la plus faible. Personnellement nous connaissons l'histoire de deux jeunes cultivateurs qui, un beau jour, sur un coup de tête, partirent pour « la capitale » ; ils

se contaminèrent tous les deux, puis la fortune ne leur ayant pas souri, ils furent rapatriés par les généreuses associations de nos compatriotes à Paris. Rentrés au pays, ils semèrent littéralement la syphilis. De semblables faits sont heureusement rares, mais ils existent et les signaler, signaler les terribles inconvénients qui peuvent en résulter pour les nourrissons à venir, c'est, croyons-nous, rendre service.

Et dans le même ordre d'idées, s'il nous était permis d'exprimer un vœu, nous voudrions voir les associations corréziennes de Paris, si charitables pour les enfants du pays, essayer de prévenir l'émigration au lieu de la favoriser par l'appui qu'elles offrent à l'émigrant, qui le sait, et pour qui c'est souvent une raison déterminante de quitter le sol natal.

Dans la Corrèze bien peu de femmes se font visiter régulièrement par le médecin durant la grossesse.

Pendant la période de gestation, à la ville les femmes des classes riches et aisées gardent souvent le repos; elles abandonnent momentanément leurs occupations habituelles. Dans les classes pauvres, urbaines, cette règle est également observée mais d'une façon bien moins rigoureuse. A la ville les régimes d'alimentation sont souvent adaptés à l'état de grossesse ; à la campagne, au contraire, une femme continue son travail jusqu'aux extrêmes limites. Elle n'arrête son labeur, aussi pénible soit-il, que lorsque s'éveillent les premières douleurs de l'enfantement.

A la ville c'est très souvent un médecin qui pratique l'accouchement ; à la campagne 90 fois sur 100, c'est

une sage-femme ou une amie. Là encore si des difficultés surgissent, c'est encore au dernier moment que l'on fait appeler le praticien, et celui-ci arrive parfois trop tard. On peut dire que dans bien des cas si la sage-femme ou l'entourage, se rendant compte de leur insuffisance, faisaient appel à de plus expérimentés, une grande quantité d'infections, de morts même de femmes, seraient évitées ainsi que bien des mort-nés. Le nombre de ceux-ci a été de 253 en 1902. Sur 100 naissances cela fait 3,3 mort-nés; ce chiffre est un peu inférieur à la moyenne française qui est de 4,5.

Des précautions antiseptiques de l'accouchement, nous ne dirons rien; elles sont infiniment variables suivant les milieux, et selon les conditions de l'accouchée et des opérateurs.

Lorsque l'enfant naît, il est ordinairement partout convenablement nettoyé, chez les gens aisés dans des chambres closes, trop souvent surchauffées; à la campagne dans des chambres plus ou moins humides, froides et ventilées par toutes espèces de courants d'air.

L'enfant est à la campagne mis dans un berceau de bois, et le berceau est lui-même très souvent posé à terre, se trouvant encore mieux exposé à l'air. Bien des broncho-pneumonies, bien des affections des voies respiratoires trouvent là leur origine.

Dès les premiers cris on donne à boire à l'enfant, et durant tout le premier jour on lui ingurgite nombre de liquides : parfois même, nous avons constaté le fait, c'est une goutte d'alcool ou de vin qu'on lui donne afin de le remonter des fatigues de l'accouchement.

Contre de telles pratiques les médecins essayent bien de réagir, mais leur autorité est très souvent méconnue. On se heurte invariablement à une obstination qui se traduit par ces mots : la voisine l'a bien fait et ça lui a réussi.

Les enfants, à la ville comme à la campagne, sont emmaillotés. Souvent même on accumule sur eux de véritables théories de vêtements qui les gênent.

Les premiers besoins de l'enfant devraient être la chaleur et le calme. Mais une naissance, à la campagne, est un fait social important qui pour les pauvres gens, sevrés de bien des plaisirs, comporte des fêtes et des réjouissances. On va déclarer l'enfant, et pour le montrer aux notabilités de l'endroit bien souvent on l'amène à la mairie. Il faut le baptiser dans les 36 heures ou les trois jours; et quelle que soit la saison, le froid, le chaud, l'humidité, la distance, l'enfant est transporté à l'Église. Que de bronchites capillaires qui elles aussi trouvent là leur étiologie.

L'enfant est le plus souvent, en Corrèze, gardé par sa famille. La mère, après non pas quelques jours, mais quelques heures de repos, reprend son travail accoutumé. Le régime alimentaire de l'enfant va se régler une fois pour toutes, et il faudra un accident, souvent grave, pour que l'on se décide à consulter le médecin pour changer le régime. D'ailleurs on fait à la campagne rarement appeler le médecin. On se rend chez lui avec l'enfant.

Souvent aussi l'enfant est envoyé en nourrice, le voyage est plus ou moins long. Il peut aller dans les

environs chez la grand'mère ou la tante, ou il peut suivre ses parents émigrés à Paris. Il voyage donc en voiture et en wagon, cela par tous les temps ; s'il ne part pas avec sa mère il tettera le biberon, et ce sera toujours le même lait pendant tout le trajet.

En général, durant la majeure partie de la journée l'enfant est laissé tranquille ; quand la mère ou la nourrice revient du travail, elle prend le nourrisson dans ses bras, le sortant de son berceau où il est quelquefois depuis de très longues heures, presque toujours trop couvert, par conséquent en sueur. Elle le porte dès lors dans ses bras partout où elle va, sans s'occuper de la température, du vent, et de l'état de l'enfant.

Lorsque l'enfant crie, on lui donne le sein ou le biberon. Il en résulte qu'aux heures des tétées (quand elles sont observées), l'enfant n'a plus faim et, s'il absorbe du lait, il en prend une trop grande quantité. C'est une vieille croyance, bien lente à disparaître, que les enfants crient parce qu'ils ont faim. Tant qu'il a son biberon il ne crie pas. Mais l'absorption énorme de liquide fait aussi qu'il est toujours mouillé ; et comme les soins de propreté font souvent défaut, c'est bientôt l'érythème qui apparaît. Les cuisses et les fesses sont à vif parfois, et l'enfant crie d'autant plus.

Alimentation du nourrisson.

On a pu s'étonner dans les pages qui précèdent et qui contiennent quelques statistiques sur la mortalité des nourrissons dans la Corrèze, de ne voir figurer aucun

chiffre se rapportant à la mortalité en fonction de l'alimentation du nouveau-né. C'est que cette statistique n'existe pas. Nous possédons, il est vrai, la statistique du nombre d'allaitements au sein, au biberon et mixtes, mais elle est elle-même d'une bien difficile interprétation. Quelle valeur a-t-elle, en effet, puisqu'il est rare en réalité de rencontrer, surtout à la campagne, des nourrissons suivant exclusivement le régime du sein ou le régime du biberon. Bien des déclarations se font qui portent l'enfant comme devant être nourri au sein ; mais dans les jours qui suivent cette déclaration, par suite de causes multiples qui peuvent tenir, soit à la mère, soit à l'enfant, soit au milieu, bien des enfants sont changés de régime et mis au mode d'alimentation mixte ou au biberon. Le fait inverse existe d'ailleurs. Mais il est beaucoup plus rare de voir un enfant à qui d'abord l'on a donné le biberon, être porté au sein ensuite. Lorsque ce fait se produit, c'est presque toujours à la ville, dans les familles riches ou aisées, c'est le médecin lui-même qui dirige l'alimentation et qui, frappé de la débilité de l'enfant, ordonne ce changement.

De plus l'alimentation dite au sein n'est en somme qu'une variété de régime mixte.

A certaines heures du jour, souvent pendant la majeure partie de la journée, les femmes qui allaitent vont participer aux travaux des champs, surtout durant les mois d'activité agricole : mai, juin, juillet, septembre, octobre. Quand elles sont à la maison, sans doute elles donnent le sein, mais pendant leur absence, le

nourrisson est alimenté au biberon par la personne qui le garde.

Par conséquent il est extrêmement difficile d'établir une ligne de démarcation par les chiffres, entre l'alimentation au sein et l'alimentation mixte. D'après nos impressions personnelles, le chiffre des alimentations mixtes doit être augmenté d'un tiers en plus, et le chiffre des alimentations au sein diminué d'autant.

Ce qui domine dans la Corrèze, c'est l'alimentation au biberon, et il en a toujours été ainsi. Pour le biberon nous croyons pouvoir adopter les chiffres fournis par la statistique officielle.

Pour la Corrèze en général les années 1899, 1900 et 1902 nous donnent les chiffres suivants :

Corrèze en général.

ANNÉES	Naissances	Sein	Biberon	Mixte
1899.....	7.115	1.939	3.682	1.494
1900.....	6.830	1.795	3.521	1.514
1902.....	7.302	1.923	3.593	1.786

Nous avons donc une moyenne de :

27,2 allaitements au sein pour 100 naissances en 1899
26,5 — — 1900
26,3 — — 1902

Donc l'alimentation au sein diminue un peu, ou tout au moins est stationnaire.

A titre documentaire, nous plaçons sous les yeux des lecteurs les chiffres d'allaitements au sein de la statisti-

que de 1902, pour les villes et les cantons de notre département, avec les moyennes.

Cantons	Naissances	Sein	Biberon	Mixte	Alimentation au sein pour 100 naissances vivantes
Ville de Tulle....	348	91	176	81	26,4
Ville de Brive....	357	96	187	74	26,8
Ville d'Ussel.....	138	37	71	30	26,8
Corrèze.....	228	56	109	63	25
Treignac.....	407	107	206	94	26,5
Laroche-Canillac.	175	46	40	22	26,2
Seilhac.....	421	108	212	101	26,6
Mercœur.....	129	33	62	34	25,5
Egletons.....	185	47	90	48	25,4
Uzerche.....	385	102	198	85	26,5
Saint-Privat.....	233	63	119	51	27
Argentat.....	204	59	105	40	28,9
Lapleau.....	133	36	68	29	27
Tulle-Sud.....	318	84	162	72	26,4
Tulle-Nord.....	255	68	130	57	26,6
Brive.....	208	52	107	49	25,4
Ayen.....	222	61	115	46	27,4
Beaulieu.....	176	47	89	40	26,7
Donzenac.....	323	85	163	75	26,3
Juillac.....	294	81	151	62	27,5
Meyssac.....	208	56	107	45	26,8
Beynat.....	131	32	68	31	24,4
Lubersac.....	396	105	201	90	26,5
Vigeois.....	258	71	132	52	27,9
Larche.....	126	35	68	23	28,5
Ussel.....	138	36	67	35	22,5
Bort.....	136	33	68	35	25
Bugeat.....	227	57	108	62	25,5
Eygurande.....	116	31	59	26	27,5
Meymac.....	136	34	66	36	25
Neuvic.....	176	45	84	47	25,5
Sornac.....	115	29	55	31	25,2

Il n'existe donc pas de différences bien sensibles entre les différents cantons, et les villes, les chiffres extrêmes variant de 24,4 à 28,9. A quelques unités près,

voyons-nous aussi, dans l'ensemble du département et pour chaque canton, le chiffre de l'alimentation au biberon égal à la somme des chiffres de l'alimentation au sein et au régime mixte.

L'uniformité de ces moyennes, l'absence de statistique officielle sur la mortalité des enfants, suivant le mode d'alimentation, rendent impossible l'appréciation de celui-ci dans la mortalité. Nous ne pouvons que regretter l'absence de cette statistique, qui existe pourtant pour les enfants protégés, comme nous le verrons lorsque nous étudierons la condition de ceux-ci.

Comment se fait l'alimentation des nourrissons. — Quand l'enfant est au sein, c'est en général la mère qui l'allaite elle-même. A la campagne, elle n'y renonce qu'au prix d'une grande misère physique. A la ville, la proportion de mères allaitant elles-mêmes est plus rare. Il est à regretter profondément que ce soit justement dans les classes aisées, riches, dirigeantes, instruites, que l'on trouve la proportion moindre. Les causes en sont connues ; nous ne les énumèrerons pas : elles sont en Corrèze les mêmes qu'ailleurs.

A notre sens l'allaitement au sein est dirigé d'une façon un peu différente dans les villes et dans les campagnes. A Tulle, Brive et Ussel, la population plus en contact avec le médecin, soupçonne au moins les règles générales de l'hygiène du nourrisson. La classe des habitants aisés et instruits tâche, depuis quelques années, d'appliquer les idées préconisées par le médecin, mais sans aller bien loin. A cela tient très probablement la mortalité moindre des villes,

Quand on a essayé de régler le nombre des tétées, et la durée de chacune d'elles, on croit avoir tout fait. Il est vrai qu'on en est arrivé aussi à comprendre que l'enfant doit téter exclusivement le sein jusqu'à un certain âge, et ne doit absorber ensuite que des aliments faits pour son estomac.

Mais à côté de cela il reste bien des lacunes à combler.

On ignore, par exemple, la méthode des pesées. La balance qui permet de constater, non seulement la quantité de lait prise à chaque tétée, mais le poids acquis chaque semaine par le nourrisson, est totalement inconnue. Et on risque de perdre encore pendant longtemps les excellents bénéfices qu'elle donne, car elle est, de plus, une complication pour le milieu de l'enfant, ainsi que pour le médecin.

Dans la population ouvrière des villes, et dans la population des campagnes, toutes les règles de l'hygiène infantile sont ignorées. Nous tombons alors dans le domaine de la routine, et de la fantaisie personnelle à chaque nourrice. Dans ces milieux, le médecin aura longtemps à lutter contre les préjugés nés de la tradition. L'ennemi du médecin, et par conséquent de l'enfant, c'est encore et toujours la vieille femme qui, ayant élevé un ou plusieurs enfants, croit pouvoir étendre son expérience à tous les cas.

La mère fait téter son enfant quand elle croit qu'il a faim, et surtout quand il crie, pour l'apaiser; aussi souvent la nuit que le jour, ne se réglant que sur son bon plaisir, ou sa vie de labeurs incessants. Lorsqu'il

vomit pour avoir trop pris de lait, elle le fait téter de nouveau pour qu'il ne reste pas l'estomac vide, et qu'il ne « s'affaiblisse » pas. Elle renouvelle ainsi, sans le savoir, la cause de ses vomissements.

Mais il est une coutume que la femme de la campagne observe fidèlement, c'est de ne jamais donner le sein à son enfant immédiatement après avoir travaillé, lorsque « son lait est chaud ».

Il faut reconnaître que par contre l'alimentation artificielle, qui est malheureusement trop employée, a fait quelques progrès hygiéniques sous certains rapports. Les erreurs sont les mêmes au point de vue du nombre et de la durée des tétées, mais la forme du biberon et son antisepsie se sont modifiées. Grâce à l'effort continuel des médecins, nous avons vu disparaître le biberon à long tube, si souvent cause de la terrible gastro-entérite. Il est heureusement assez rare de le rencontrer maintenant dans nos campagnes. On se sert dans presque toute la Corrèze de la petite fiole ronde, graduée ou pas, et coiffée de la modeste, mais utile tétine en caoutchouc.

Ces petites fioles sont en général d'une propreté relative, et les médecins obtiennent aujourd'hui assez facilement qu'on les nettoie au moins à l'eau bouillante. Malheureusement cette coutume n'a pas été préconisée depuis assez longtemps, et l'on trouve encore beaucoup de réfractaires à la propreté dans nos campagnes.

Quant au lait employé pour l'allaitement artificiel, et qu'on donne toujours pur, il est en général excel-

lent, lorsqu'il n'a subi encore aucune fermentation. Les pâturages de la Corrèze sont presque partout de bonne qualité, et les vaches ne mangent jamais de tourteaux, ni d'autres produits de déchets industriels, qui donnent un lait de mauvaise qualité.

Aussi bien à la ville qu'à la campagne on trouve facilement du lait non écrémé, et la fraude est presque inconnue chez nous.

Malheureusement la stérilisation du lait n'existe pour ainsi dire pas dans la Corrèze. Il est bien certain qu'à Brive, Tulle et Ussel, beaucoup d'élevages au biberon sont faits, pendant les grandes chaleurs, avec du lait bouilli. Mais la population rurale ignore encore, même, cette précaution. A la vérité chaque paysan ayant une ou plusieurs vaches et la traite se faisant deux ou trois fois par jour, le nourrisson peut boire, malgré cela, du lait présentant un certain degré d'innocuité.

Nous avons déjà dit plus haut que l'alimentation mixte était beaucoup plus considérable que ne l'indiquait la statistique. Nous avons expliqué pourquoi. Nous n'y reviendrons pas. Mais nous ajouterons aux femmes trop occupées, celles qui n'ont pas suffisamment de lait, ou croient ne pas en avoir assez et qui pratiquent l'allaitement mixte. Celui-ci, comme les deux autres, n'est dirigé par aucune méthode.

Mais que l'enfant soit au sein, au biberon ou soumis à l'allaitement mixte, il est toujours alimenté trop tôt.

Les femmes de la population rurale portent presque toujours, au moment des repas, leurs nourrissons sur

leurs bras. Ceux ci saisissent sur la table tout ce qu'ils veulent, et c'est une joie pour la mère de voir son enfant « manger comme un homme ».

Aussi dès que l'enfant veut accepter de la soupe, des pommes de terre, et surtout des châtaignes, le mets préféré du paysan, on lui en donne autant qu'il peut en avaler. Heureusement pour les enfants, le vin est rare dans nos campagnes, sans cela, on leur en donnerait certainement; et on leur en donne quelquefois, en vertu de cette vieille croyance, générale du reste, que le vin fortifie.

Cette alimentation prématurée est la cause non seulement d'un grand nombre de gastro-entérites, mais encore l'explication de la quantité de rachitiques, et d'enfants dyspeptiques à gros ventre qu'on trouve chez nous. Aussi rencontre-t-on de temps en temps une paysanne qui, n'ayant donné que le sein à son enfant, et surprise de le voir si bien se développer, vous dit avec étonnement : « Et pourtant, Monsieur, il n'a bu que mon lait. »

Citer ces coutumes, c'est dire que le sevrage n'a pas, au moins à la campagne, de date bien fixe. Dans les villes, c'est du douzième au quatorzième mois qu'on sèvre l'enfant, mais chez les paysans, l'époque n'est souvent fixée que par le penchant de l'enfant pour les aliments divers qu'il voit manger à ses parents, et par son dégoût pour le lait.

Par contre on voit aussi des enfants qui prennent encore le sein ou le biberon, et qui partagent les repas de la famille. Enfin il en est d'autres qu'on sèvre sui-

vant qu'on juge qu'ils sont assez grands pour s'alimenter autrement, et surtout suivant la fatigue qu'éprouve la nourrice, ou la commodité qu'elle y trouve pour ses occupations extérieures.

En résumé il n'y a pas de règles fixes. Et en tous cas, les femmes essaient toujours d'attendre la saison chaude, qu'elles croient, plus favorable à la santé de l'enfant. C'est peut être une faute pour ceux qui, au sein auparavant, continuent à boire du lait de vache toujours suspect pendant les chaleurs, et pour ceux qui, peu surveillés, ingurgitent des fruits, abondants tout l'été.

L'hygiène des nourrissons est donc très mal surveillée, mais que dire alors du régime de la nourrice. Il n'existe pas. Et cette fois-ci, nous ne pouvons faire aucune différence entre la ville et la campagne, entre la classe riche et la classe pauvre.

A la campagne les paysannes sont dans de meilleures conditions pour donner de bon lait. Elles continuent, en effet, à suivre le régime végétarien que leur genre de vie et leur pauvreté leur imposent. Elles ne boivent, en général, ni vin, ni bière, mais du lait ou de l'eau. Il faut être bien persuadé qu'elles le font pour cause majeure, la pauvreté. Elles regrettent de ne pouvoir suivre un régime carné, arrosé de vin, qui dans leur idée serait profitable au nourrisson. Et parmi les paysans aisés cette idée prévaut, aussi bien que chez les ouvriers de la ville et que chez les bourgeois.

Le médecin peut diriger quelquefois le régime de la mère qui nourrit elle-même, mais il n'a presque

aucune prise sur la nourrice mercenaire. Celle-ci qui est payée de 25 à 30 francs par mois, et considère tout exercice comme nuisible pour elle, souvent, n'entre en place qu'à condition d'être largement nourrie, et de boire du vin à chaque repas en assez grande quantité. Aussi n'est-il pas rare de rencontrer chez les nourrissons, non seulement des maladies de peau, en particulier de l'eczéma, et aussi des convulsions. Le médecin a la plus grande peine à faire croire aux parents, que celles-ci proviennent de la trop grande quantité d'alcool bu par la nourrice, dans l'intention de « se faire du lait ».

Quant à l'eczéma, beaucoup de gens, non des moins riches et des moins instruits, croient qu'il est nuisible pour la santé générale de l'enfant de le faire disparaître. Il en est du reste de même pour l'impétigo.

Il est d'autres errements qui, plus explicables, n'en constituent pas moins un danger pour le nourrisson En effet, si une femme tuberculeuse n'hésite hélas jamais, pourvu qu'elle soit assez vigoureuse, à donner le sein à son enfant, au contraire une nourrice qui a ses règles, ou qui devient enceinte, se croit obligée, *à priori*, de mettre immédiatement son enfant au biberon.

Dans ces cas-là, il est certain qu'il y a souvent de légers inconvénients pour le nourrisson, et même quelquefois, on doit le changer de nourrice. Mais on devrait attendre le plus longtemps possible, et avant de priver complètement l'enfant du sein maternel, aider l'allaitement naturel appauvri avec du lait stérilisé. M. le

Dr Poirier, élève de M. le professeur Budin, a montré par de nombreuses expériences sur des nourrices enceintes que, dans 20 0 0 des cas seulement, on observe des accidents qui nécessitent le sevrage.

Nous avons essayé, dans ce chapitre, de mettre en lumière l'hygiène générale du nourrisson, et le régime de la nourrice dans la Corrèze. Ils sont malheureusement bien défectueux l'un et l'autre. On verra plus loin les moyens que nous croyons propres à les modifier dans le sens le meilleur.

CHAPITRE VIII

LES MALADIES DU NOURRISSON.

Nous aurions voulu pouvoir donner une statistique détaillée des causes de mortalité, non seulement dans le département en général, mais aussi dans les différents cantons. Mais il n'existe ni dans le département, ni dans les cantons, de chiffres se rapportant aux causes de la mortalité. Nous ne trouvons d'indications à ce sujet qu'en ce qui touche les chefs-lieux d'arrondissement, Tulle, Brive, Ussel. Nous avons demandé à un grand nombre de médecins de vouloir bien nous fournir leurs impressions et presque tous nous ont répondu : « Chez nous presque tous les enfants meurent de gastro-entérite ou de débilité congénitale. » C'est ensuite la tuberculose pulmonaire et méningée et les affections des bronches qui enlèveraient le plus de petits malades.

A défaut donc de l'étude de la mortalité infantile par commune, qui devrait évidemment être le point de soutien du travail que nous faisons, nous allons donner pour Brive, Tulle et Ussel, les chiffres que nous fournit la sta-

tistique officielle de la préfecture durant les années 1900, 1901, et 1902. Nous mettrons à côté les chiffres de mortalité de 1 à 2 ans afin que l'on puisse comparer :

Ussel.

	1900		1901		1902	
	de 0 à 1 an	de 1 à 2 ans	de 0 à 1 an	de 1 à 2 ans	de 0 à 1 an	de 1 à 2 ans
Diarrhée	6	»	9	»	5	»
Débilité congénitale	7	»	4	2	6	1
Broncho-pneumonie	3	»	»	»	2	1
Phtisie pulmonaire	»	2	2	2	»	»
Pneumonie	»	1	»	3	1	1
Tuberculose pulmonaire	»	»	»	»	2	1
Méningite	6	2	1	»	»	1
Congestion	»	»	»	»	»	1
	22	5	16	7	16	6

Brive.

	1900		1901		1902	
	de 0 à 1 an	de 1 à 2 ans	de 0 à 1 an	de 1 à 2 ans	de 0 à 1 an	de 1 à 2 ans
Rougeole	»	»	1	»	»	»
Diarrhée	22	1	26	5	19	»
Débilité congénitale	3	1	4	»	7	»
Broncho-pneumonie	2	1	2	2	8	3
Pneumonie	8	7	2	6	1	2
Tuberculose pulmonaire	»	3	»	»	»	6
Méningite	1	8	2	7	2	7
Congestion	»	»	»	»	»	1
Diphtérie	»	2	»	»	»	»
Scarlatine	»	1	»	1	»	»
	36	24	37	21	37	19

Tulle.

	1900		1901		1902	
	de 0 à 1 an	de 1 à 2 ans	de 0 à 1 an	de 1 à 2 ans	de 0 à 1 an	de 1 à 2 ans
Diarrhée	10	1	13	2	3	»
Débilité congénitale	11	»	8	»	15	»
Grippe	»	»	»	»	1	»
Méningite	2	12	2	5	1	5
Pneumonie	4	5	6	2	4	»
Hernie	»	»	»	»	1	»
Bronchite aiguë	6	1	4	2	2	2
Tuberculose des méninges	»	»	»	»	2	5
Choléra nostras	»	»	»	»	1	1
Rougeole	»	»	»	»	»	3
Maladie cholériforme	1	»	3	»	»	»
Phtisie	»	6	»	3	»	»
	34	25	36	14	30	16

En faisant le calcul des morts par gastro-entérite, dans nos trois chefs-lieux d'arrondissement, nous obtenons une moyenne annuelle de 42 décès par gastro-entérite, pour 100 décès d'enfants de 0 à 1 an, durant les années 1900, 1901 et 1902.

Pour la débilité congénitale, nous obtenons la moyenne de. 24,6 0/0

Les maladies des voies respiratoires donnent. 24,5 0/0

Les méningites. 4,6 0/0

Diverses maladies. 3,4 0/0

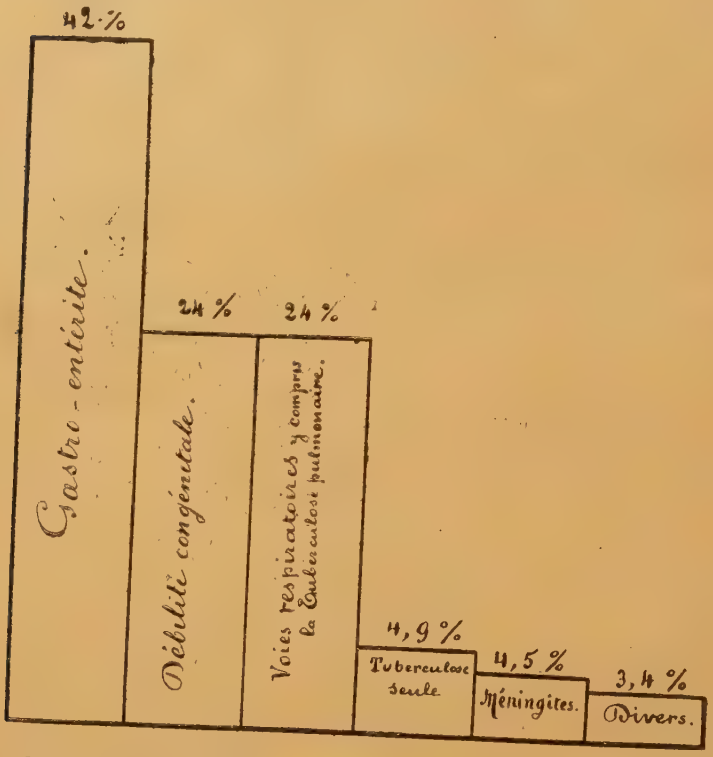
La mort par gastro-entérite est trop considérable. La moyenne des villes de France n'est, en effet, que de 38,8 pour 100 décès d'enfants d'après MM. Gilletta

et Balestre de Saint-Joseph. Ces mêmes auteurs, pour les 622 villes de France ayant au-dessous de 30.000 habitants, donnent comme chiffre moyen de mortalité par débilité congénitale, 18,88 pour 100. Leurs chiffres portent sur la période qui va de 1892 à 1897. Depuis, la mortalité des enfants débiles a évidemment diminué et en Corrèze nous sommes encore à 24 pour 100 !

Voici d'ailleurs les chiffres comparés de notre département et des moyennes des grandes villes.

	Corrèze.	Grandes Villes.
	Moyenne de 1900-1901-1902	Moyenne de 1892-1897
Diarrhée	42, 0/0	38,5
Voies respiratoires y compris tuberculose	24,5 0/0	14,7
Débilité	24,5 0/0	17,1
Tuberculose seule	4,9	25,5
Autres causes	3,4	22,2
Méningites	4,6	?

Le graphique suivant permet de se rendre compte des différents états de morbidité dans les trois années 1900, 1901, 1902.



On voit donc, qu'en Corrèze, les enfants de 0 à 1 an meurent quelquefois de maladies inévitables, mais très souvent de maladies qui auraient pu être évitées. On sait en effet et MM. Balestre et Gilletta de Saint-Joseph ont démontré, après M. Budin, que sur 1000 décès d'enfants plus de 600 pourraient être évités. Rien qu'en ce qui concerne la débilité congénitale, M. Budin, est arrivé à réduire les décès dans la proportion de neuf dixièmes.

Il n'est pas douteux que,sans avoir la prétention d'arriver au résultat maximum, on pourrait approcher du minimum de mortalité. Et il faudrait deux choses pour cela : 1° que la mère, la nourrice, ou la famille, veuille bien faire appeler le médecin, et 2° qu'elle veuille bien l'écouter.C'est en effet une déplorable habitude qu'on a, dans notre département, de n'appeler le médecin que lorsque l'enfant est déjà malade,et même très malade depuis plusieurs jours. Mais on essaie auparavant tous les remèdes qui ont été indiqués par les voisins, et quelquefois même l'on applique à l'enfant une médication qu'a suivie, plus ou moins longtemps autrefois, un membre de sa famille.

L'on rapporte tout aux vers ou à la dentition, alors que presque toujours c'est à l'alimentation défectueuse, mal réglée, surchargée, qu'il faudrait rapporter les causes de la maladie dont est atteint l'enfant.

Et lorsque l'on demande à l'entourage d'un enfant malade, pourquoi il a si longtemps tardé à appeler le praticien, il répond : « Que voulez-vous y faire, il est trop petit pour savoir ce qu'il a. » Et l'autorité du médecin se trouve souvent annihilée par l'autorité, quelquefois plus grande, que peuvent avoir certains religieux, certaines sœurs gardes-malades, qui de très bonne foi et en toute conscience essaient d'appliquer des médecines plus ou moins appropriées. Et encore, nous ne parlons pas des charlatans qui vendent des recettes auxquelles trop de gens se laissent duper. C'est ainsi qu'un grand nombre de médecins de la Corrèze et nous-même, avons été témoins

de la pratique trop fréquente du « brivet » ! « Le brivet » est un fil auquel on suspend un morceau de papier où sont tracés par le sorcier du village des signes cabalistiques. Le fil est attaché au cou de l'enfant malade et laissé en place pendant quatre ou cinq jours. Si ce sont les vers ou la dentition qui fatiguent l'enfant, le brivet agira infailliblement, mais si c'est une maladie autre il restera sans effets, et alors seulement on ira chercher le médecin.

CONCLUSIONS

Telle est la vue d'ensemble que nous avons essayé d'exposer sur les conditions de vie, l'hygiène et la mortalité des nourrissons, dans notre département, surtout durant les dernières années.

La mortalité, qui est à peu près la mortalité moyenne de la France, y diminue, mais c'est encore un régiment que tous les cinq ans nous enlève la mortalité masculine. C'est encore dix mille mères possibles que vient, tous les cinq ans, nous enlever la mortalité féminine des nourrissons. Il faut la réduire et essayer par des mesures, qui croyons-nous peuvent être simplement des mesures d'hygiène, d'aboutir au chiffre de décès de nourrissons de 80 à 90 pour 1000 décès généraux, que l'on observe dans les départements de l'Ain ou du Gers.

Parmi les causes de morbidité il en est, en effet, de deux sortes : celles qui sont momentanément inévitables et celles qui sont actuellement évitables. C'est à celles-là qu'il faut s'attaquer, et bien des choses peuvent être tentées. Et tout d'abord nous dirons : il faut lutter

contre les mauvaises conditions d'hygiène qui se rencontrent aussi bien dans les agglomérations que dans les campagnes. Ici nous citerons l'étude des Drs Balestre et Gilletta de Saint-Joseph, lorsqu'ils s'élèvent contre l'abandon, que fait l'État aux municipalités, d'un intérêt de premier ordre comme celui de la santé publique, soin qui nécessite non seulement une bonne volonté, mais aussi des connaissances spéciales.

« On conçoit que l'État abandonne aux villes puis-
« santes le soin de leur assainissement, mais que fait-il
« pour assainir les petites villes, les villages ? A propos
« d'une fièvre typhoïde ou d'une scarlatine, il les
« inonde de papiers et de bons conseils qui n'ont même
« pas le mérite d'arriver à propos ; mais son assistance
« effective est nulle. On n'arrivera à faire comprendre
« aux municipalités que la sauvegarde de la santé
« publique est le premier devoir et le premier intérêt
« social qu'en ouvrant le trésor public à ceux qui tra-
« vaillent à protéger la santé des citoyens. »

Il faut également lutter contre l'inexpérience et l'ignorance des milieux, apprendre aux mères de famille à élever les enfants et à savoir les nourrir. Sans doute l'allaitement au sein n'est pas assez répandu chez nous ; mais il est difficile de le faire adopter d'une façon absolue. Comme dans tous les pays pauvres où la production a besoin de toutes les forces vives de la famille, la femme n'est pas seulement la ménagère, mais aussi partie intégrante de la communauté agricole. Il ne faut pas lui demander ce qu'elle ne peut pas donner. Et tout en faisant observer

aux parents, que le sein est le seul allaitement logique et naturel, c'est surtout contre le biberon exclusif qu'il faut lutter. Bien entendu ces considérations ne sont vraies que pour les classes pauvres de nos campagnes. Mais à la ville il est inadmissible (et le médecin doit le persuader avec force) que les classes riches ou même aisées, en raison même de cette aisance ou de cette richesse, viennent augmenter le taux de notre mortalité infantile.

Enfin et surtout ce qu'il faut modifier, c'est l'hygiène des nourrissons. Ce qu'il faut prêcher, c'est un rationalisme plus grand dans l'alimentation, c'est une propreté plus minutieuse dans la tenue de l'enfant et, à notre sens, la lutte ne sera efficace qu'en tant que nous donnerons aux mères de famille, ou aux jeunes femmes enceintes, de véritables leçons de choses, et non pas des explications théoriques, qu'elles saisissent plus ou moins bien, et contre lesquelles, avec leur cortège de préjugés locaux, les routines et les traditions auront toujours tant de prise.

Le rôle du médecin n'est pas de leur dire comment on élève les enfants. Il doit le leur montrer. C'est une sorte d'enseignement clinique, mis à leur portée, qu'il faut introduire dans le pays. Nous pensons que l'exemple que nous a donné dès 1892 M. le professeur Budin, en organisant à l'hôpital de la Charité une consultation hebdomadaire pour les nourrissons, doit être suivi; et qu'à l'instar des villes de France, où viennent de se créer des « Gouttes de lait », le département de la Corrèze, la commune ou l'initiative privée, doivent mar-

cher dans cette voie. Nous irions même plus loin, et nous demanderions l'établissement dans chaque chef-lieu de canton, de consultations semblables où l'on enseignerait, en plus, la façon de peser les enfants, de stériliser les biberons, où l'on montrerait, (et les exemples ne manqueraient pas, tout au moins dans les premiers temps), ce qu'il advient lorsque l'alimentation est trop abondante, ou le sevrage prématuré. Enfin l'alimentation des enfants débiles pourrait y être réglée. Sans doute on n'arrivera pas du premier coup aux admirables résultats que fournit à Paris la consultation de la rue d'Assas ; sans doute on ne supprimera pas, comme on le fait dans le service de M. Budin, la mortalité des enfants débiles. Mais nous élèverons toujours les chances de vitalité des enfants de 0 à 1 an.

Ces consultations, outre l'appui qu'elles rencontreraient assurément auprès des pouvoirs publics, pourraient être soutenues d'ailleurs par des ligues comme la « ligue contre la mortalité infantile », par des conférenciers qui sauraient s'adapter aux conditions du milieu. Mais pour apprécier les résultats, une chose est indispensable, c'est d'avoir de bonnes statistiques.

Bien souvent, au cours de ces quelques pages, nous avons insisté sur leur insuffisance, sur leurs contradictions, sur leur absence, sur leur très tardive apparition.

Les médecins qui dirigeraient les consultations, devraient être chargés de ce service de statistique, qui porterait non seulement sur la mortalité, mais aussi sur la morbidité infantile, ce qui n'est évidemment pas

du ressort de l'état civil. Nul doute que dans l'œuvre entreprise, les médecins ne soient soutenus de tous ceux qui ont le souci de la santé de l'enfance, et de l'avenir du pays.

Vu : le Président de la thèse
BUDIN

Vu : le Doyen de la Faculté,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

A. Balestre et Gilletta de Saint-Joseph. — Etude sur la mortalité de la première enfance dans la population urbaine de la France de 1892 à 1897.

Statistique sanitaire des villes de France.

Budin. — La mortalité de la première enfance.

Conseil général de la Corrèze. Rapports.

P. Budin. — Le nourrisson.

Statistique annuelle du mouvement de la population (*Ministère du Commerce*).

Statistique du service de la protection des enfants du premier âge (*Ministère de l'Intérieur*).

Statistique du service des enfants assistés.

Bertillon. — Atlas démographique de la France.

Ledé. — Congrès international d'hygiène et de démographie *Revue d'hygiène*.

Paul Strauss. — Dépopulation et puériculture.

Budin et Demelin. — Traité pratique d'accouchement et d'allaitement.

Comby. — Traité des maladies de l'enfance.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 9

CHAPITRE I. — De la mortalité infantile, de 0 à 1 an, dans le département de la Corrèze. 13

CHAPITRE II. — La mortalité infantile, de 0 à 1 an, dans les villes et les cantons du département de la Corrèze, en fonction du nombre de naissances. . . 16

CHAPITRE III. — La mortalité infantile de 0 à 1 an, par rapport à la population et à la densité de la population. 22

CHAPITRE IV. — Influence des saisons sur la mortalité infantile. Comparaison de la mortalité de 0 à 1 an et de la mortalité de 0 à 4 ans. Mortalité de 0 à 1 an, suivant l'âge, le sexe et la légitimité. . . 27

CHAPITRE V. — La mortalité des enfants assistés. . . . 31

CHAPITRE VI. — La mortalité des enfants protégés . . . 33

CHAPITRE VII. — Hygiène générale du nourrisson dans la Corrèze 43

CHAPITRE VIII. — Les maladies du nourrisson 62

CONCLUSIONS. 69

BIBLIOGRAPHIE 74

Imprimerie des Facultés A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince. Paris.